

小児初診問診票（0歳～6歳）

記入日 年 月 日

ふりがな				〒(-)
お名前	男		ご住所	
	女			
生年月日	平成	年	月	日
	現在の体重			kg
電話	()			FAX ()
携帯電話				所属 保育園 幼稚園
1、出生時体重 妊娠 週 g				
2、出生時のことで伝えておきたいこと				
3、乳児期の栄養法 母乳 ・ 混合 ・ 人工 ・ その他 ()				
4、兄弟姉妹はいらっしゃいますか？ いない ・ いる (人兄弟(姉妹)の 番目)				
5、今日はどうして来院しましたか？ 又は心配な点はありますか？				
6、今の状態	発熱	/	～	/
当院での熱	鼻水	/	～	/
	せき	/	～	/
℃	くしゃみ	ある ・ ない		最高体温 ℃
平熱	℃	1か月以内に予防接種を受けましたか はい・いいえ()		
7、当院以外に現在受診されてますか？ (はい・いいえ) 病院の名前 () 処方された・または服用中のお薬はありますか？ (はい・いいえ) はいの場合は薬名もしくはお薬手帳を提出して下さい。()				
8、入院されたことはありますか いいえ ・ はい (はいの方は以下にご記入ください) 病名 () いつ 年 月 日から 日間)				
9、食物アレルギー有無 ない ・ ある (食品名:) わからない				
10、薬に対するアレルギーの有無 ない ・ ある (薬名:) わからない				
11、お薬は飲みますか はい (水薬 ・ 粉薬 ・ 錠剤 ・ カプセル) 苦手・わからない				
12、ご質問・ご意見等ありましたら、ご記入をお願いいたします。				